

記入

同意書

三芳町長 あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、三芳町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 

<本人>

〒 3 5 4 - 0 0 4 1

住 所 埼玉県入間郡三芳町大字藤久保1100-1

氏 名 三 芳 太 郎

<配偶者>

〒 3 5 4 - 0 0 4 1

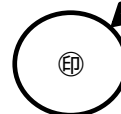
住 所 埼玉県入間郡三芳町大字藤久保1100-1

氏 名 三 芳 花 子



印

押印を
忘れずに



印